

Servizio Disabilità Età Adulta
Distretto Sud

RICHIESTA DI VALUTAZIONE
Presso il Servizio Disabilità Età Adulta - ULSS 7

Al Direttore del Distretto Socio Sanitario _____
Tramite il Servizio Disabilità Età Adulta U.L.S.S. n°7

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ Residente a _____
Prov. _____ Indirizzo _____
Tel. _____

CHIEDE

Con la presente di poter essere sottoposto/a alla valutazione presso il Servizio Disabilità Età Adulta ULSS 7.

Data _____ Firma _____

.....

Il/la Sottoscritto/a _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di _____ della persona interessata, fa presente che le condizioni psicofisiche di tale persona sono tali da non consentire la sottoscrizione della presente domanda, che, pertanto, presenta per suo conto.

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.leg.30/06/2003 n.196,

il/la sottoscritto/a _____

previamente informato/a dal personale del Comune, acconsente al trattamento dei dati personali:

Propri

Della persona per la quale si è autorizzati alla firma in qualità di:

genitore esercente la potestà;

familiare;

tutore;

curatore;

legale rappresentante.

_____ li _____

_____ (firma del dichiarante)